CÁMARA DE REPRESENTANTES
XLVIIa. Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1554 de 2013

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

SOCIEDAD URUGUAYA DE MÉDICOS FISIATRAS

FUNDACIÓN REGIONAL ESTE

ASOCIACIÓN DE FUNCIONARIOS DE ASSE

ASOCIACIÓN ASISTENTES SOCIALES DEL URUGUAY

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 16 de abril de 2013

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Daniel Bianchi.

Miembros: Señores Representantes Antonio Chiesa Bruno, Daniel Radío, Carlos Rodríguez y Berta Sanseverino.

Invitados: Por la sociedad Uruguaya de Médicos Fisiatras, profesor doctor Juan Lacuague; doctora Graciela Borelli, Presidenta; doctor Horacio Carreras, Secretario, doctora Laura de Castellet, Directora del Centro de Rehabilitación Infantil TELETÓN y doctor Hugo Núñez, Director del Centro de Rehabilitación de Maldonado, CEREMA.

Por la "Fundación Regional Este", señoras Katyuska Motta, Florencia Carrau, Daniela Sniadower, Virginia Puntigliano y Margot Gentile y señor Ruben Darío Gordillo.

Por AFASSE, señores Luis Pérez, Mariela Grela, Sylvia Gavilanes y Juan Parada.

Por la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay, señor Rodolfo Martínez y señoras Mariela Pereyra Cristina Luzzo, Clara Píriz, Olga Torres y Rosario Flores.

═══════II═══════

SEÑOR PRESIDENTE (Bianchi).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Léase el proyecto "Día Nacional de la Resucitación Cardíaca (Se declara el 11 de mayo de cada año)", que viene del Senado con modificaciones.

(Se lee)

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Cinco por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

SEÑOR CHIESA.- Propongo como miembro informante a la señora Diputada Sanseverino.

SEÑORA SANSEVERINO.- Sería interesante hacer el esfuerzo para que mañana se vote en el plenario a fin de que haya tiempo para la publicidad de la actividad que quiera organizar el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR PRESIDENTE.- Eso debe resolverse entre los coordinadores de las bancadas.

Por otra parte, tenemos sobre la mesa un comparativo entre el proyecto "Alimentación Saludable en los Centros de Enseñanza.(Normas para su promoción)" que fuera aprobado en Cámara de Representantes y el que salió de la Cámara de Senadores.

SEÑOR CHIESA.- Luego de una rápida lectura de las modificaciones introducidas por el Senado, estaríamos de acuerdo en acompañarlas y en dar un rápido tratamiento a este proyecto, que ya pasó por esta Comisión.

SEÑOR RADÍO.- En el literal D del artículo 2º dice: "Incorporar a los hábitos alimentarios y bebidas aptos para celíacos y diabéticos como forma de promover la equidad también a ese nivel". Este es un error. Imagínense que se quisiera imponer la ingesta de alimentos aptos para celíacos y diabéticos a toda la población y no es así.

Además, se habla de incorporar alimentos para celíacos y diabéticos en hábitos alimentarios. Los celíacos y diabéticos no tienen que incorporarlos sino que exclusivamente deben comer eso y el resto no tenemos por qué. Por tanto, no se trata de incorporar eso en los hábitos alimentarios; en todo caso, habría que hablar de incorporarlos a la oferta de mercado.

SEÑOR CHIESA.- Es cierto lo que plantea el Diputado Radío, pero la pregunta es si podemos realizar alguna modificación en el plenario o no. Lo pregunto porque me parece que atrasaría la discusión del tema.

SEÑOR PRESIDENTE.- La cuestión es que si modificamos esto nuevamente, como ya pasó por el plenario, luego debe expedirse la Asamblea General.

Lo que sí podríamos hacer es acordar acá las modificaciones a introducir en el plenario.

SEÑOR RADÍO.- Entonces, si hay algo que no nos parece bien y no lo modificamos, ¿para qué leerlo?

SEÑOR PRESIDENTE.- La idea es hacer que esto tenga un trámite rápido porque es algo que realmente se necesita. De lo contrario, se nos puede ir todo el año lectivo.

(Diálogos)

SEÑOR RADÍO.- A su vez, en el segundo inciso del artículo 3º se establece: "El Ministerio de Educación y Cultura incluirá en el sistema educativo el tema de los hábitos alimentarios saludables y estimulará el consumo de agua potable y la realización de actividades físicas contrarias al sedentarismo". ¿Esto lo puede hacer el Ministerio de Educación y Cultura? Creo que no. En todo caso, sería la Administración Nacional de Educación Pública porque la Educación es autónoma. El Ministerio no le puede imponer qué debe incluir en los programas. Eso vulnera la autonomía de la Educación; es conceptualmente equivocado.

Una cosa es hablar de que el Ministerio de Educación y Cultura promoverá tales cosas, pero no se puede hablar de incluir algo así.

En realidad, una de las críticas que surgen es que el Ministerio no es de Educación y Cultura sino de Cultura porque no tiene ninguna potestad sobre la Educación, con excepción de las universidades privadas y los preescolares. A contrario sensu, le decimos al Ministerio que incluya determinadas cosas cuando no está dentro de sus potestades.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, ¿lo modificamos acá o en el plenario?

SEÑOR CHIESA.- El Diputado García es el proponente del proyecto. Habló conmigo y me dijo que le interesaba que se diera a esto el trámite más rápido posible, por lo que estaría de acuerdo en acompañarlo tal como está. De cualquier manera, si los integrantes de la Comisión pensamos que hay cuestiones de fondo, tendríamos que analizarlo.

(Diálogos)

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se aprueba ahora, se puede aprobar el mes que viene. Así que si les parece, lo analizaremos un poco más.

(Apoyados)

(Ingresa a Sala la Sociedad Uruguaya de Médicos Fisiatras)

——Tenemos el gusto de recibir a una delegación de la Sociedad Uruguaya de Médicos Fisiatras, integrada por su Presidenta, la doctora Graciela Borelli, su Secretario, el doctor Horacio Carreras, la doctora Laura de Castellet, Directora del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón, y el doctor Hugo Núñez, Director del Centro de Rehabilitación de Maldonado Cerema.

Estamos estudiando un proyecto relativo a los fisioterapeutas y como sabemos que puede incidir en las potestades que tienen como médicos fisiatras, para nosotros es importante conocer su opinión antes de votarlo a fin de que no haya un problema de competencias entre médicos fisiatras y fisioterapeutas.

SEÑORA BORELLI.- Soy la Presidenta de la Sociedad Uruguaya de Médicos Fisiatras.

En primer lugar, queremos agradecer que nos hayan convocado y solicitado nuestra opinión por un tema acerca del cual queremos realizar algunas puntualizaciones.

En segundo término, creemos sumamente importante que la carrera de fisioterapia esté reglamentada. Quiero aclarar que también hay muchas otras carreras dictadas por la Escuela de Tecnología Médica que no están reglamentadas y es importante tener esto en cuenta cuando se toman decisiones que pueden afectar a otros colectivos, como sucede en este caso.

Nosotros nos atrevimos a hacer algunas apreciaciones y un pequeño borrador para pensar el proyecto de ley y poder trasmitirlo en esta Comisión. Tenemos algunas objeciones importantes y otras que son opiniones para discutir.

Dentro de las objeciones importantes, queremos referirnos a los artículos 2º y 6º, que refieren a las funciones de los fisioterapeutas.

En cuanto al artículo 2º, quiero decir que estamos totalmente de acuerdo con los tres primeros párrafos. No obstante, tenemos objeciones importantes en el párrafo que comienza diciendo: "Está formado para realizar la evaluación diagnóstica fisioterapéutica de disturbios kinésicos y funcionales, para prescribir conductas fisioterapéuticas, planificar y realizar el tratamiento, evaluar su evolución y establecer el alta funcional, participar en grupos de investigación básica y aplicada, en asesoría técnica en educación y cumplir funciones de administración y Servicios en su especialidad".

SEÑOR CHIESA.- Quiero aclarar que el proyecto que se está analizando es el original y que los integrantes de la Comisión elaboramos un proyecto modificatorio en el cual eliminamos algunos elementos que plantea la doctora Borelli.

SEÑORA BORELLI.- Quiero decir con toda humildad -en esto no sabemos nada; sí sabemos de nuestra profesión- que es muy complicado dejar librado a la reglamentación por parte del Poder Ejecutivo las funciones de los fisioterapeutas. El artículo 4º del proyecto de la Comisión deja librada a la reglamentación lo relativo a las funciones.

En el artículo 2º del proyecto original se habla de diagnóstico, prescripciones terapéuticas y altas, y esa es nuestra mayor objeción. A nuestro juicio hay cosas que son inadmisibles. ¿Por qué? Porque no existe diagnóstico de fisioterapia, sino valoraciones desde el punto de vista del área de fisioterapia que tienen que ver con la función, la valoración de fuerza muscular, la valoración de rangos articulares e, incluso, las valoraciones en el área de dolor. Son valoraciones que aportan elementos al médico o al equipo de rehabilitación para tomar las decisiones terapéuticas. El término diagnóstico es privativo de la medicina, porque estamos formados para hacer diagnósticos de enfermedad, etiológicos, nosológicos, fisiopatológicos, etcétera. Eso es el término diagnóstico. Por lo tanto, consideramos que los fisioterapeutas no están formados para hacer diagnósticos, sino que son los médicos los que están formados para hacerlo. A su vez, del diagnóstico del paciente surgen las prescripciones terapéuticas, por lo cual consideramos que un plan terapéutico se hará en el área de la medicina física y rehabilitación con el aporte de las diferentes licenciaturas. Digo esto porque hay que tener en cuenta que también intervienen los licenciados en terapia ocupacional, fonoaudiología, etcétera.

En ese sentido, cuando se formula un programa de tratamiento, sobre todo en los centros de rehabilitación, se tienen en cuenta las valoraciones de las diferentes áreas, pero la prescripción, los objetivos terapéuticos y el programa de tratamiento es del médico, con el influjo que viene de las licenciaturas, o del equipo de rehabilitación.

La otra gran objeción que tenemos en el artículo 2º, es respecto al alta. ¿Qué significa alta de fisioterapia? No existe el alta de fisioterapia. La definición de fisioterapeuta establece que se trata de un terapeuta por medios físicos, es esencialmente un técnico excelentemente calificado para llevar adelante las terapias físicas. En ese sentido, el alta del paciente es privativa del médico. Quienes tenemos la suerte de trabajar en centros de rehabilitación, tenemos el aporte de las valoraciones de las áreas para determinar si el paciente cumple con los objetivos que se establecieron en el plan terapéutico y está en condiciones de ser dado de alta. Muchas veces, se envía un paciente a reeducar marcha y el fisioterapeuta dice que no avanza más, pero no tiene los elementos para evaluar que el paciente puede estar farmacológicamente muy espástico y se le puede dar medicación, hacer un bloqueo, indicar una ortesis, es decir un montón de valoraciones que son de índole médico. Es decir que la carrera de fisioterapia no forma para diagnóstico, para prescribir tratamientos ni para dar el alta al paciente.

Por otra parte, hay cosas menores que influyen en otras profesiones, por ejemplo cuando se hace referencia al área deportológica. Para eso están los médicos deportólogos y los licenciados en educación física. Por eso digo que la reglamentación tiene que estar inserta en la reglamentación del quehacer de las otras licenciaturas.

En cuanto al artículo 6º, que refiere a las funciones, tenemos objeciones cuando en el literal a) dice: "Utilizar en el logro de sus objetivos". ¿Objetivos definidos por quién? Estamos en desacuerdo con esto, porque pensamos que los fisioterapeutas están capacitados para el cumplimiento de un plan terapéutico prescripto por el médico o el equipo de rehabilitación y utilizar todos los agentes físicos que se describen en el artículo. Además, dice: "El acto terapéutico es de su estricta competencia". En esto tampoco estamos de acuerdo, porque el hecho de que todas las áreas terapéuticas estén en estricta competencia, implica que un médico no pueda hacer un ultrasonido o que un deportólgo o médico fisiatra no pueda hacer una manipulación. El acto terapéutico es de su competencia, pero no la prescripción de dicho acto.

A su vez, pensamos que el literal c) del artículo 6º debería ser sustituido por la siguiente redacción: "Está capacitado para aplicar los agentes físicos y kinésicos prescriptos en el plan terapéutico, siendo responsable de la correcta aplicación de los mismos".

En cuanto, al literal g) que establece la posibilidad de formular diagnósticos fisioterapéuticos, creemos que debería decir: "Realizar la valoración de los disturbios kinésicos y funcionales, efectuar los tratamientos de fisioterapia según el plan y evaluar los resultados en el área específica de fisioterapia".

En el literal j), que prácticamente es lo más importante de este artículo, se establece: "Ejercer la dirección de las Divisiones y Departamentos de Fisioterapia en instituciones públicas y privadas, de acuerdo con la normativa vigente en la materia". Nosotros creemos que no existen Divisiones y Departamentos de Fisioterapia, sino que hay unidades de fisioterapia insertas en servicios de rehabilitación y medicina física. En ese sentido, conversando con los compañeros pensamos que el literal j) debería decir: "Ejercer la coordinación del sector de fisioterapia de los servicios de rehabilitación y medicina física en instituciones públicas o privadas, de acuerdo con la normativa vigente en la materia".

El artículo 7º habla de la acreditación y no queda claro dónde se van a acreditar, con qué frecuencia o qué pasa con quienes no se acreditan.

Por último, queremos decir que no entendemos la última frase del artículo 9º, que dice: "Los Técnicos en Fisioterapia que a la fecha de promulgación de la presente ley, se encontraran ocupando cargos superiores no pierden los derechos adquiridos".

No queremos que nuestras observaciones se tomen como un atrevimiento, porque nuestra intención está muy lejos de eso. Simplemente, intentamos elaborar una alternativa al proyecto de ley, según nuestro punto de vista.

SEÑOR LACUAGUE.- Quisiera agregar un elemento que me parece importante no solo para esta reglamentación, sino para cualquier otra de un profesional de la salud.

El último párrafo del artículo 2º dice: "Podrá desempeñarse en instituciones asistenciales públicas o privadas en todos los niveles de asistencia, en instituciones educativas públicas y privadas, en las áreas deportológica y artística, o ejercer en forma liberal su profesión". En ese sentido, me pregunto ¿qué entendemos por ejercer de modo liberal la profesión? ¿Quiere decir que es un ejercicio de la profesión totalmente libre,

aislado y sin ningún tipo de control? No los sé. Me lo pregunto porque creo que corresponde.

En las últimas décadas, la evolución del conocimiento y la práctica de la medicina y todas las disciplinas que se han desarrollado -son bienvenidas- para mejorar la atención, hacen que el campo del conocimiento cada vez sea mayor, y esto es necesario. Por ejemplo, tenemos 24 profesiones de tecnólogos de la salud, enfermería, nutricionistas, etcétera, y todas son muy importantes y necesarias. Esto ha generado un problema a la hora de la atención del paciente en cuanto a que se han fragmentado las distintas prácticas y, si permitimos que cada uno trabaje como lo entienda pertinente, sin ningún tipo de coordinación o integración, sería altamente peligroso. Hoy estamos viendo las consecuencias de ese tipo de situaciones, en el sentido de que no hay control e interacción y queda librado al buen juicio de cada uno de los profesionales. Yo trabajo con muchos fisioterapeutas que son altamente conscientes de hasta dónde pueden llegar y cuando desconocen la situación preguntan e interactuamos. A su vez, nosotros proponemos ese tipo de trabajo con ellos, en diálogo y en interdependencia.

Creo que actualmente la atención de la salud va hacia la interdependencia y, a mi juicio, ni siquiera el médico, que podría decirse que es el que tiene la mayor formación o el mayor conocimiento, puede actuar solo. Entonces, el médico ni ningún profesional de la salud puede hoy actuar solo; tiene que trabajar en interdependencia con los otros profesionales. El centro es el paciente.

El paciente vive una gran angustia cuando alguien le dice una cosa, otro le dice otra, y no sabe a quién atenerse. Eso provoca un caos asistencial que debemos evitar.

SEÑORA DE CASTELLET.- Soy médica fisiatra y fisioterapeuta. Mientras me formaba como médica, ejercí muchos años la profesión de fisioterapeuta, la que venero. Vengo de una familia de fisioterapeutas y de médicos.

Comparto totalmente lo expresado por mis colegas. Cada vez es más importante que la interacción de estas disciplinas esté reglamentada. La rehabilitación, el abordaje de un paciente que necesita las medidas de fisioterapia, entre otras -porque la fisioterapia es un recurso más de los que disponemos en un proceso de evaluación y de rehabilitación-, necesita que se trabaje en un equipo bien integrado. El médico, por su formación, es naturalmente el que ejerce el liderazgo, el ordenamiento, de acuerdo con los objetivos concretos que se plantean para el paciente y la oportunidad, sabiendo de las limitaciones de los distintos recursos.

Desde el área operativa, como fisioterapeuta, podríamos entender, poniéndonos en el otro lugar, que las técnicas tienen atributos muy importantes para mantenerse en forma permanente, pero siempre hay que ponerlo en el contexto general de lo que es la situación de ese paciente, teniendo en cuenta la cantidad de variables que existen cuando se trabaja en equipo.

Comparto plenamente lo comentado y pienso que el ejercicio libre o la reglamentación independiente de la licenciatura de fisioterapia no aportaría al equipo de salud.

SEÑOR NÚÑEZ.- Soy Presidente del Comité de Educación Médica Continua de nuestra Sociedad científica, y Director Técnico del Centro de Rehabilitación Física de Maldonado, que funciona desde hace tres años.

Quiero expresar una experiencia vivida a través del Centro Teletón. Cuando se dibujan adecuadamente los escenarios en los que se llevan a cabo los procedimientos de rehabilitación, en el marco de todo lo que esto exige, es necesario conformar un equipo

de profesionales en el cual se aporte desde todas las disciplinas que hacen a la rehabilitación. Evidentemente, tienen que estar coordinadas y administradas por un médico, que es el que tiene la formación en patología, en fisiopatología, en anatomía patológica, como para poder llevar a cabo el diagnóstico nosológico, etiológico, fisiopatológico y establecer las propuestas terapéuticas en base a objetivos. Los objetivos pueden surgir de las valoraciones de diferentes áreas: fisioterapia, terapia ocupacional, sicología, trabajo social, entre otras. Son muchas las licenciaturas que contribuyen a la rehabilitación. La prescripción -que es de orden médico-, la responsabilidad médica, el cumplimiento de diferentes procedimientos que hacen a la rehabilitación, entre ellos los referidos a las terapias físicas -que es de competencia del licenciado en fisioterapia- y el control evolutivo por parte de los profesionales de las diferentes áreas y por el médico rehabilitador, permiten evaluar finalmente si los objetivos propuestos para ese tratamiento fueron alcanzados y, si no lo fueron, cuáles son las medidas terapéuticas que habría que tomar -esto es de decisión médica- para alcanzarlos o modificarlos.

SEÑOR CARRERAS.- Soy médico fisiatra y Secretario de la Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación.

Creo que la confusión se produce entre fisioterapeuta y fisiatra. Medicina física no es sinónimo de fisioterapia, pero fisiatría es sinónimo de medicina física. Las competencias son distintas. Eso no quiere decir que el médico rehabilitador no deba estar en íntimo contacto en un equipo, acompañado y ayudado, como siempre hemos intentado hacer con los fisioterapeutas.

La fisioterapia no es una especialidad médica. Ahí entramos en una confusión más grave aún.

SEÑORA SANSEVERINO.- Las informaciones que nos han dejado nos serán muy útiles. Como habrán podido apreciar, nosotros ajustamos bastante este proyecto de ley.

No soy médica y puedo hablar desde otra perspectiva. El objetivo es esclarecer las tareas y las responsabilidades para que el paciente reciba de cada especialista su tratamiento.

No me gusta que en el proyecto de ley el licenciado quede como una figura que no se relaciona, que no recibe ordenanzas ni líneas de tratamiento, que se mueve solo en el universo de la medicina. Por eso nos parecía muy importante conocer vuestra opinión.

En cuanto a las funciones, tuvimos dudas, sobre todo respecto a la dirección. Es preciso que quede claro que esta figura necesita tener un Estatuto que le dé garantías y un lugar en las especialidades. ¿El fisioterapeuta recibe solamente indicaciones de un fisiatra? ¿No recibe indicaciones de otros médicos? ¿Puede, por ejemplo, recibirlas de un traumatólogo? El proyecto debería esclarecer algunas cuestiones para que sirva, dé claridad y esté al servicio del paciente que debe saber dónde ubicar a ese técnico tan importante y hoy en día tan reclamado.

Con respecto a la profesión liberal, todos sabemos que es un espacio que se está extendiendo. Algunos son fisioterapeutas, otros no; ahí hay un clima que conocen muy bien, y habrá que ayudar a los pacientes que muchas veces se encuentran en situaciones calamitosas y con resultados muy negativos.

Me parece muy importante que se establezca que el licenciado es un profesional que recibirá tal cosa. Algo habrá que decir para que se sepa cómo llega a atender a ese paciente.

SEÑOR RADÍO.- Este proyecto de ley no me gusta. Reconozco que como viene con la firma de trece Ministros, uno de ellos el de Salud Pública y otro ex Ministro de esa Cartera, a uno le pesaba decirlo.

En general, no me gusta determinar por ley cosas que no corresponden, como poco menos que meterme en el consultorio. Me parece que no corresponde. La ley no debería decir que se debe utilizar, en el logro de los objetivos, agentes de gimnasia compensatoria. Eso no lo tiene que decir la ley; no corresponde. ¿Cómo voy a determinar por ley cómo se debe proceder en el contexto de la consulta médica, fisiológica, fisioterápica o cualquiera otra? Se llega a establecer que hay que trabajar con materiales y equipos propios. ¡Bueno fuera que no fueran propios! Esas cosas venían escritas y uno debía establecer consideraciones respecto a eso.

Se hace referencia a ejercer la administración y la dirección. Cuando uno piensa en la dirección de cualquier cosa, no necesariamente piensa en instancias técnicas sino en instancias de decisiones políticas, que no implican que uno deba saber de determinado arte, profesión u oficio, sino que debe tener otro tipo de cabeza.

Me congratulo de que ustedes coincidan con lo que uno venía pensando al respecto. Les agradecería que nos hicieran llegar una versión escrita de estos asuntos, a modo de redacción alternativa.

Les agradezco que se hayan referido a todo el proyecto original. Si bien nosotros habíamos coincidido en descartar muchas de los conceptos que allí se establecían, también necesitamos fundamentación. Lo que abunda, no daña.

El proyecto dice cosas absurdas como que se derogan las disposiciones que se opongan a esta ley. Siempre que se aprueba una ley se derogan las que se oponen. Es de Perogrullo. Es un proyecto de ley muy desprolijo, muy mal redactado.

El ejercicio liberal de la profesión me parece que refiere a la relación contractual que se tiene con una institución. Es lo que pasa en general con los médicos. El ejercicio liberal no quiere decir: "Entonces, nunca más pido una interconsulta ni exámenes de laboratorio", sino que no trabajo en el contexto de una institución, que no soy dependiente de tal mutualista o de tal institución pública. No quiere decir que haga lo que quiera en el consultorio y no consulte con nadie. En la medida en que asumimos que el fisioterapeuta es un integrante más del equipo de salud, el ejercicio liberal de la profesión referirá a que no tendrá dependencia laboral con tal o cual institución, pero no que jugará con lista propia y actuará según su leal saber y entender. En el mundo contemporáneo, donde debe haber un abordaje interdisciplinario -ojalá transdisciplinario-, no tendría sentido establecer que el especialista se desentienda.

SEÑOR CHIESA.- Vuestro aporte ha sido muy importante, en un tema que veníamos discutiendo con más dudas que respuestas. El aporte escrito con sugerencias, será muy bienvenido por la Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la delegación la información proporcionada.

(Se retira de Sala la delegación de la Sociedad Uruguaya de Médicos Fisiatras, Surmefi)

(Ingresa a Sala una delegación de la Fundación Regional Este)

——Es un gusto recibir a una delegación de la Fundación Regional Este, integrada por las señoras Katyuska Motta, Florencia Carrau, Daniela Sniadower y Virginia Puntigliano y por el señor Ruben Gordillo, a quienes cedemos el uso de la palabra.

SEÑORA MOTTA.- Antes que nada, queremos hacer una aclaración que creemos importante. Esta ONG surgió en la ciudad de Varela, un pueblo de siete mil habitantes, en un Club de Leones de catorce hombres. Yo me vinculé porque era madre de un chico con este problema. Esto significa que quienes estamos aquí no somos financiados ni por grupos políticos o religiosos ni por nadie. Nos hemos autofinanciado. Creo importante la aclaración a fin de que entiendan cuál es el objetivo central de esto.

Venimos a plantearles lo que está pasando con los niños, más que nada en el interior del país.

En la carpeta que entregamos, figura un CD con un informe hecho por la Cátedra de Psiquiatría Infantil en el que se nos dice que el 21,9% de esta población estudiantil tiene un problema severo de trastornos y un 33,9%, un problema de trastornos totales. Basándose en este porcentaje, se establece que si hay una población escolarizada en el país de entre seis y once años, que es de ciento veinticinco mil niños y la prevalencia mental es de un 22%, estamos hablando de setenta mil niños con un importante nivel de sufrimiento, con una repercusión familiar, social, escolar y, sobre todo, con un mayor riesgo de complicaciones de tipo conductuales, suicidas, consumo de sustancias, discapacidades y afectación de la calidad de vida en la infancia, la adolescencia y la adultez. Este porcentaje, que es alarmante, en la zona de Varela, Lascano y Treinta y Tres es aun peor. No lo estamos diciendo nosotros; son palabras de las doctoras e inclusive de la Inspectora Nacional de Niños Especiales, con quien estuvimos conversando sobre este tema. O sea que es una situación alarmante porque si lo pasamos a lo que sucede cotidianamente, nos encontramos con niños que no son atendidos y niños que no van a la escuela porque no se sabe qué hacer con ellos. Y vamos a poner un ejemplo. Ustedes me dirán que tenemos el BPS, Salud Pública, Femi. Lo cierto es que los técnicos no van a esa zona. No hay psiquiatra infantil. Inclusive, Varela tiene una pediatra y no hay guardia. Comero, de Lascano, sí tiene pediatras. Eso ha llevado a que los chicos tengan que viajar. ¿A qué nos enfrentamos? Tenemos niños de categoría A y otros de categoría B, como les decimos nosotros. Hay niños a los que sus padres les podemos pagar un tratamiento, que es costoso y lo digo por experiencia porque mi hijo tiene trastornos. Un tratamiento ronda los US$ 1.500. Eso es lo que se necesita para mantener a un niño con el debido tratamiento: psicomotricista, psiquiatra, etcétera.

Cabe hacer la aclaración de que las mutualistas tienen psiquiatras en la capital. Para obtener número hay que esperar tres o cuatro meses. Cuando llegás a ese número, te mandan al Comité de Excepción; son tres o cuatro meses más. Cuando llegás al Comité de Excepción, te mandan al psicólogo, que se da cuenta de que el caso es para psiquiatra. Así pasaron dos años. Estamos hablando de niños de entre seis y once años a los que, en este momento, estamos viendo en la calle. Son niños que en la escuela están fumando tabaco o tomando caña blanca en el recreo. Ellos son los futuros delincuentes de nuestro país.

Esto recién está empezando. No es que estemos payando. Esta es la realidad que nos está golpeando. Hace dos años, cuando empezamos a trabajar, éramos tres, con cincuenta carpetas; hoy somos más de cincuenta. Les podemos decir que hemos organizado la sociedad para hacer algo con estos chicos. Inclusive, hemos conversado con la Inspectora Nacional y ella va a trasladarse en mayo para esa zona porque considera que es la peor, pero también tuvo en cuenta que allí hay una organización social trabajando.

No venimos a ponernos en contra de nadie sino buscando trabajar en conjunto. Hay algo muy claro: o nos ponemos a trabajar en conjunto sociedad, políticos y autoridades o

esto se va al carajo; hablando en criollo, esa es la verdad. Voy a contar algo que es horrible, pero real. Los padres deben viajar. Por ejemplo, en el caso de Lascano, a veces hay que trasladarse a Montevideo. De acá a Lascano hay dos ómnibus; de mañana y de noche. A las doce y treinta viaja mucha gente con pasaje del Ministerio de Salud Pública. Una madre se tuvo que quedar con sus tres niños a dormir en Tres Cruces y debió compartir una medialuna entre los tres. Entonces me dijo: "Mirá: entre la salud mental de mi hijo o salvar a dos más, pierdo a uno y salvo a dos". Esa es la realidad que estamos viviendo. ¿Es lamentable? Sí, lo es.

Nosotros no adjudicamos responsabilidades ni a Salud Pública ni a ASSE porque sabemos que los técnicos no van al interior. Además, hay cuarenta psiquiatras infantiles en el país.

Nosotros le vamos a plantear al Decano de la Facultad de Medicina que así como usted va a hacer una especialización a Paysandú por un tema agropecuario, sería bueno que fueran los técnicos a esa zona a atender a los chiquilines. Eso hoy es una necesidad urgente. La mayoría de los gurises de entre seis y once años están pasando por una situación delicada, grave. No estamos hablando de siete mil quinientos habitantes sino de que a la redonda hay más de seis mil habitantes. A un promedio de mil chicos por lugar, estamos hablando de entre ocho o nueve mil gurises, de los cuales solamente casi un 13% es atendido y no sabemos si es atendido en forma adecuada.

Hoy esta realidad ha llevado a que las escuelas no sepan qué hacer. No tenemos personal. O sea que el recurso humano no existe. Entonces, hay que hablar de estos temas en el interior y decir: "La salud mental de un niño vale porque son los hombres y mujeres de mañana. Son los futuros victimarios de muchas mujeres". Si logramos atender este tema como se debe, ¿cuántas mujeres podrán seguir viviendo? La agresividad que existe hoy por hoy en esos lugares es muy grande.

No solo hay que mirar los cinco años sino un poco más allá. Miremos a cuántos delincuentes podemos sacar de la calle, a cuántos gurises impediremos que se metan en la droga. No estamos mirando solamente cinco años sino el futuro del país. Dependerá de nosotros cómo formemos nuestra sociedad y para eso no podemos dejar de ver la realidad que estamos viviendo. No podemos mirar para el costado porque esto se nos está yendo de las manos.

En conclusión, el objetivo fundamental de este trabajo es crear el primer centro de integración para niños con problemas de aprendizaje y conducta. Ese es un proyecto que lleva su tiempo porque primero hay un proceso social que tenemos que hacer sí o sí. Tenemos que cumplir con ese proceso social que implica hacer entender a la gente cuál es la problemática de la salud mental de los niños. Para ese proceso hemos hablado con un montón de personas. Les contaba recién de la iniciativa de la Inspectora.

Hay algo muy sencillo que demuestra la importancia que estamos dando a la salud mental de los niños. Quisiera que me dijeran dónde, en un sanatorio u hospital, hay un cartel que hable de salud mental. Tenemos uno de vacunación, otro de leche materna y otro de diabéticos. No estoy contra ellos, pero la falta de ese cartel demuestra la importancia que le damos a este tema, no solo el Estado sino la sociedad y el sistema de salud. Entonces, les pregunto si no vale la pena empezar a darle un poquito más de importancia.

Aclaro que no decimos que haya culpables; lo que pasó, pasó. Acá hay responsables; son responsables ustedes y nosotros como sociedad. No venimos a reclamar que hagan tal o cual cosa. Venimos a informarles de esto y a pedirles para trabajar en conjunto. Hagamos algo que pueda servir de ejemplo. No siempre tenemos

que seguir con ese divorcio que quizás existe entre lo político y lo social. Cortémoslo de una vez porque esto es como cuando se divorcian los padres: el gurí tiene cincuenta pares de championes -cada padre se pelea por ver quién le compra el mejor-, pero sigue desnudo. Eso está pasando con los gurises; trabajamos unos por un lado y otros, por el otro. Entonces, trabajemos en conjunto. Veamos qué podemos hacer para ver a cuántos gurises podemos sacar de la calle, a cuántos podemos darle la calidad de vida que se merece y a cuántos podemos pasar de la categoría B a la A.

Por lo tanto, queremos pedirle a la Comisión que se jerarquice la salud mental de los niños, como debe ser.

Por otra parte, queremos pedirles para trabajar en conjunto con la Comisión de Educación y la Inspección Nacional. Sería importante que dialogaran con la Inspectora y viesen cuáles son las trabas de Primaria, más allá de que esta zona puede contar hoy con nuestra ONG para colaborar y un montón de cosas más. A su vez, sería interesante implementar políticas que fortalezcan fuertemente la salud mental en esta zona, que es muy delicada.

Nosotros estamos por empezar una campaña de información y sensibilización, fundamentalmente, en toda esa zona, con un informe redactado por la doctora Natalia Trenchi. Femi va a abonar los costos.

Entonces, acá o nos juntamos y sacamos esto adelante o nos seguimos separando y los gurises seguirán pagando consecuencias que no tienen por qué pagar. Los responsables somos cada uno de los que estamos acá sentados. Reitero que no venimos a criticar sino a que nos ayudemos mutuamente. La consecuencia de esto es el bienestar de un niño y, realmente, hay que tener en cuenta que el interior no es Montevideo y el interior del interior la está pasando muy mal en este tema.

En este recorrido que estamos haciendo, varios nos hemos ido juntando. Voy a pedir que haga uso de la palabra la señora Sniadower, quien también nos está acompañando en esto. Ella trabaja con Síndrome X Frágil, que es una enfermedad poco conocida y va a exponer acerca de ese tema.

SEÑORA SNIADOWER.- Soy ingeniera en computación. Además, tengo un hijo con el Síndrome X Frágil. Es una condición hereditaria, que causa trastornos en el desarrollo, tanto intelectual como conductual y social.

Los niños con el Síndrome X Frágil, en principio, son hiperactivos y su lenguaje demora mucho en ser adquirido. Por lo general, es difícil obtener el diagnóstico en los primeros años. En nuestro caso, con mi esposo, veíamos que nuestro hijo iba de atrás en la motricidad. Sin embargo, nos decían que él no tenía nada, que necesitábamos tener otro hijo porque lo estábamos sobreprotegiendo. Eso nos llevó a perder muchos años importantes en el desarrollo de nuestro hijo, en cuanto a su frustración por no poderse comunicar, pero también por no llevarlo adelante como deberíamos.

Por suerte, a los cuatro años y gracias a nuestra tesón, él fue diagnosticado. En algunas charlas decimos "Yo fui médico", lo que es bastante feo, pero es que fuimos de un especialista en otro y así fue como obtuvimos el estudio del Síndrome X Frágil. Es un estudio en sangre y salió positivo. En ese momento, contactamos familias a las que ese laboratorio les había diagnosticado positivo. Eran solo cuatro en Uruguay. Eran casos muy diferentes porque este trastorno presenta una gama muy amplia de posibilidades.

En 1998 fundamos la Asociación X Frágil en Uruguay. Fue la primera en Latinoamérica. Después, surgieron en Argentina y Brasil. Empezamos a trabajar en conjunto con la Asociación de Estados Unidos. De hecho, los folletos que tenemos son de

ellos -fueron traducidos al español- y nos los dan gratis. Esa es la ayuda con que contamos.

Como decía, este síndrome es un problema en el cromosoma X. Hay un gen, que se llama FMR- 1, que está inactivo, por lo que no sintetiza la proteína FMRP- 1, que es importante en el cerebro. Por eso, puede causar desde problemas de aprendizaje sencillos, pasando por déficit atencional y retraso mental, de grave a severo, hasta autismo. Esta es la primera causa conocida de autismo.

Se considera muy importante que los chicos diagnosticados con autismo sean estudiados por Síndrome de X Frágil porque esa puede ser la razón. Esto es algo que se está desarrollando mucho en Estados Unidos, en España y en Holanda. Se están haciendo tratamientos efectivos para el Síndrome de X Frágil y están marchando muy bien.

En nuestro país, hace diez años, en 1994, la Facultad de Medicina tenía todo un departamento dedicado al Síndrome de X Frágil. Se hacían estudios moleculares y citogenéticos. Lamentablemente, esas personas que hacían los estudios, emigraron y nos quedamos sin nada. Es importantísimo que cuando alguien encuentra a un niño con Síndrome de X Frágil, haga un estudio del árbol genealógico. ¿Por qué? Porque el niño es afectado si la madre es portadora. Esa mamá puede llegar a tener más hijos con el mismo Síndrome. Inclusive, hay que estudiar a los hermanos y parientes de la mamá. Hemos encontrado familias en Rivera, en las que los niños afectados tenían a sus tíos también afectados en distinto grado, pero nunca fueron diagnosticados.

Si bien este problema no es evitable, por lo menos es anticipable. Así se puede preparar a la familia, brindarles un asesoramiento genético. Como dije, nosotros en la Asociación podemos ayudar porque tenemos muchos contactos con otros países. A veces, traducimos cosas de otros idiomas y las compartimos con España, por ejemplo. Obviamente, todo eso se hace en forma voluntaria.

Lo que nosotros vemos es que el capital humano que teníamos en los noventa se perdió y ahora está tratando de resurgir, pero en distintos lugares. Inclusive, en la Clínica del Pereira Rossell se llevaba un seguimiento de varias familias, lo cual era positivo pero también se perdió. Todo eso lleva a que se pueda hacer el diagnóstico, salvo la gente que lo puede pagar. En este momento, hay una clínica que cobra US$ 800, porque lo tiene que mandar al extranjero, pero además se le cobra un plus. Además, me explicaban que a las clínicas que mandan estudios al exterior se les cobra un 15%, creo, por ese concepto.

En definitiva, no tenemos cómo diagnosticar a los chicos y al ser un problema hereditario, esto va creciendo. Calculamos que en este momento, en el Uruguay, hay catorce mil mujeres portadoras y siete mil hombres y la Asociación tiene registrados a alrededor de ciento veinte niños con el Síndrome de X Frágil.

SEÑORA SANSEVERINO.- ¿Cuántos son los niños afectados?

SEÑORA SNIADOWER.- Tenemos registrados 120 niños. No obstante, como hay 14.000 mujeres portadoras, pueden llegar a tener tres, cuatro o cinco hijos con el mismo problema. Tenemos familias de tres hijos con el mismo problema.

En el año 2000 empezó a haber problemas para portadores sanos. Los portadores mayores de 50 años pueden desarrollar una enfermedad llamada Fxtas -Fragile X Tremor and Ataxia Syndrome-, que se la ha maldiagnosticado como Parkinson. Se trata de una enfermedad muy parecida al Parkinson, que ocasiona problemas en la marcha y temblores de intención, es decir que la persona tiembla cuando va a agarrar algo.

Por ejemplo, el departamento de neurología, mediante un estudio de sangre, puede determinar si el paciente es portador del X Frágil y, a veces se encuentra con que ese abuelo tiene un nieto con problemas de autismo, etcétera. Entonces, a través del abuelo se diagnostica al nieto. De esta manera se encuentran familias con este problema. También, las mujeres menores de 50 años pueden tener falla ovárica precoz y para quedar embarazadas se realiza estimulación para tener más óvulos, lo que aumenta la chance de tener más hijos con problemas. En realidad, en otros países se aconseja hacer el test para saber si son portadoras de X Frágil y tomar las medidas correspondientes.

Hay un antibiótico que se usa para estos pacientes. Se trata de la minociclina, que es una tetraciclina bastante vieja, que en nuestro país no se vende. En ese sentido, hay una investigación que demuestra que la minociclina ayuda a madurar dendritas neuronales que ayudan en la sipnasis y esto mejora mucho la comunicación y el aspecto conductual. Como no se encuentra en nuestro país, los que podemos lo traemos de Argentina y tenemos varios chicos que están mejorando. Es un antibiótico que se usa para el acné y nunca se trajo a Uruguay.

Nosotros como Asociación, pedimos tratar de divulgar más el síndrome. En el año 2000 hicimos una campaña muy grande y vino la especialista número uno del mundo a una conferencia que se realizó en la Intendencia a la que concurrieron aproximadamente mil personas. Fue en esa instancia que se tomó mayor conocimiento del síndrome y aparecieron muchos chicos afectados. Lo que queremos es dar más impulso y ver qué podemos seguir haciendo. Lo más importante es ver quién se puede chequear para X Frágil. Los síntomas pueden ser un problema de aprendizaje leve, sobre todo en las niñas que tienen dos cromosomas equis y si uno tiene la falla el otro suple la proteína, o problemas muchos más graves en el caso de los varones porque tienen un solo cromosoma equis.

SEÑOR CHIESA.- Agradezco la información que es muy valiosa para la Comisión. Luego, voy a proponer enviar la versión taquigráfica a las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

En el planteo creí entrever -han venido a informar y no a pedir recursos- que se está tratando de resaltar la búsqueda de coordinación entre las diferentes instituciones. Los que somos del interior vemos muchas veces que tenemos recursos que se superponen, que no se coordinan y que, en definitiva, no llegan al objetivo que todos queremos, que es el tratamiento correcto del paciente. O sea que podríamos buscar la manera de llegar a las instituciones que trabajan en el interior para que tengan presente estas situaciones en cuanto a la salud mental y el síndrome X Frágil. Muchas veces, en el interior sentimos la inequidad que vivimos especialmente los que estamos al norte del río Negro, que tenemos carencias en cuanto a recursos humanos especializados. Esto se podría mitigar, hasta no contar con los recursos en todo el país, coordinando con las distintas instituciones este tipo de acciones futuras.

SEÑORA MOTTA.- La Inspectora Nacional coordinó para ir en mayo a Lascano, con la idea de pasar una escuela rural a escuela de aula de contención, con técnicos y profesionales que trabajen allí. Inclusive, lo que más señaló fue la falta de personas especializadas en el tema, porque no es lo mismo atender un niño con dificultades que uno con trastornos, puesto que resulta más complejo.

Encontramos una zona en la que no había nada; incluso los cursos para los maestros son en Montevideo o en Maldonado y como ONG propusimos llevarlos o traer profesionales para que los maestros tengan otra herramienta. En ese sentido, creo que la Inspectora Nacional tiene una muy buena iniciativa y está manejando muy bien el tema. Por lo tanto, sería muy interesante que la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social

la apoye o la acompañe, para que vean a los gurises y todo lo que está pasando. No quiero decir que los legisladores desconfíen, sino que hay una realidad que indica que cuando vean a los gurises, van a salir corriendo.

Me parece muy importante destacar la iniciativa de la Inspección de Primaria y nos gustaría que se apoye lo más que se pueda, porque creemos que es una de las patas para dar una solución, al menos en esa zona. Pedimos algo que impacte y que pueda paliar rápido la situación. Lo más rápido es pasar de una escuela rural a una escuela con otro contexto. Por eso se hizo una reunión con todas las comisiones que van a apoyar esa escuela y a la Inspectora, como por ejemplo con equinoterapia y otras cosas.

En definitiva, por todo esto comentamos lo importante que son las coordinaciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias por la información.

(Se retira de Sala la delegación de la Fundación Regional Este)

(Ingresa a Sala una delegación de la Asociación de Funcionarios de ASSE)

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a la delegación de la Asociación de Funcionarios de ASSE, integrada por las señoras Mariela Grela y Sylvia Gavilanes y por los señores Luis Pérez y Juan Parada.

SEÑOR PÉREZ.- Queremos plantear las situaciones que están ocurriendo a nivel de ASSE.

Este año tenemos menos camas de CTI que el año pasado. De acuerdo al informe de una auditoría que se realizó para saber cuántas camas existían tanto en el sector público como en el privado, en 2010 ASSE contaba con un sexto de las camas, y la mayoría estaban en Montevideo. Hace más de un año que en el Pereira Rossell tenemos seis camas bloquedas en el CTI de neonatología y otras seis de los cuidados intermedios. Esto de por sí es un agravante para el sector público. A su vez, en estos últimos días saltó el tema de las seis camas de Canelones, que hace más de un año que están esperando autorización y que al parecer no se cuenta con recursos humanos. Por otro lado, el CTI cardiológico de Tacuarembó hace más de tres años que está trancado por cuestiones burocráticas, y me estoy refiriendo a los IMAE que no han sido autorizados. Cabe destacar que allí se cuenta con todos los recursos humanos, materiales y operativos. Esto genera problemas para la zona norte, porque trasladar un paciente a Montevideo implica no solo pagar más de US$ 1.500 a una empresa privada, sino que el paciente llega en estado deteriorado lo que es muy riesgoso. O sea que estamos en peores condiciones que el año pasado y el año 2011 para afrontar el próximo invierno.

A su vez, venimos insistiendo con el tema de los recursos humanos. Hemos propuesto a ASSE que la Comisión de Apoyo, que es la que actualmente gestiona los CTI y las emergencias, quede en la órbita del nivel privado, porque esto implica que tenga mayores posibilidades de competir por los recursos humanos, y que el laudo sea el mismo que usufructúan las mutualistas. ¿Por qué? Porque hace más de diez años que tenemos los salarios congelados y si bien cobramos el aumento del sector público en enero, no cobramos ninguna partida variable, como antigüedad o área cerrada y la nocturnidad sigue siendo un 20%. Por lo tanto, tenemos una diferencia de $15.000 o más con el sector privado. Los compañeros migran hacia el sector privado y esa es una de las razones por las cuales el CTI de neonatología del Pereira Rossell no cuenta con dotaciones correctas de personal. Esto también ocurre en el resto de los CTI y, principalmente en las emergencias. Cuando se vengan los fríos, los pacientes se incrementan y los planes de invierno resultan insuficientes porque los compañeros no acceden a trabajar al sector público. O sea que tenemos una migración de compañeros

especializados con experiencia hacia el sector privado o, como dijo una compañera, vienen, hacen la escuelita y se van hacia donde la remuneración es mayor.

Esto es menor en cuanto a dinero que los gastos que actualmente está produciendo ASSE. Solo las seis camas bloqueadas por más de un año en el Pereira Rossell costearían los salarios de los tres mil funcionarios que requieren los CTI de emergencia. Las seis camas posibilitarían la habilitación del CTI de Canelones. Además, es necesario habilitar los CTI de Tacuarembó y Salto, que también quedó rezagado.

Existen trabas burocráticas para el nivel público que no se entienden, porque la Médica Uruguay gestionó el IMAE para su institución y lo logró. Sin embargo, Salto y Tacuarembó hace tres años que peregrinan y no se sabe bien por qué no se habilitan.

En definitiva, uno de los aspectos es la parte salarial. En esto ha estado omiso el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, porque el artículo 9 del Decreto N° 463 desvía a todos los funcionarios que estamos mal ubicados dentro del laudo Grupo 20, al Grupo 15 de la salud privada. Sin embargo, esto no se nos ha pagado. Estas denuncias también se hicieron en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y en la Comisión de Legislación del Trabajo, pero no hemos tenido la respuesta adecuada a los planteos que hacemos. Tanto es así que el tema se ha judicializado y el Ministerio de Trabajo archivó algunos expedientes porque la Corte dio razón a algunos reclamos. Esto es inaudito porque, por ejemplo, 18 trabajadores hemos logrado tener sentencia firme, o sea que pasamos por Primera Instancia, Tribunal de Apelaciones y Casación, y estamos cobrando por Grupo 15 y el resto sigue como está hasta que terminen los juicios. Creemos que de una vez por todas el Ministerio de Trabajo debería hacer extensivo esto a todos los trabajadores.

No solamente ha estado omiso el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, sino también ASSE por un tema de racionalidad y de flexibilidad para conseguir recursos humanos para trabajar. Actualmente, tenemos escasez de licenciados a nivel de CTI y no contamos con enfermeros. El CTI de Neonatología del Pereira Rossell cuenta con toda la dotación médica. Es decir que se le paga a los médicos, pero no tenemos enfermeros.

SEÑORA GRELA.- No queremos hacerles perder más tiempo. Ratifico lo que decía mi compañero. Hemos tenido algunas reuniones por estos temas que nos preocupan mucho. Por supuesto, no vamos a mentir: el tema salarial nos preocupa. Hace mucho tiempo que venimos reclamando nada más que lo que nos corresponde por ley. Hemos hecho múltiples denuncias en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en la Inspección General del Trabajo, y no hemos tenido ninguna respuesta. Hemos venido por segunda vez a esta Comisión de Salud Pública y Asistencia Social a plantear estos temas y a la Comisión de Legislación del Trabajo.

En algunas reuniones que hemos tenido con la Gerencia de ASSE se nos plantea que el tema no es tan simple como nosotros decimos y que no se soluciona con el ahorro de las camas de neonatología y del CTI de adultos, de los pacientes que van otra vez al sector privado, como sucedía antes de que se volviera a iniciar la actividad a "full" en los hospitales públicos. En ese entonces había muchas mutualistas que vivían gracias a los pacientes de Salud Pública, como MIDU, Uruguay España, etcétera. Cuando los CTI de los hospitales empezaron otra vez a funcionar, allá por 1991 y 1992, cerraron sus puertas porque casi todos los pacientes eran del sistema público.

Ahora nos vemos otra vez enfrentados casi con la misma realidad: camas bloquedas en los CTI públicos. Uno ve que la situación es grave en todos lados pero en el Pereira Rossell se siente más. Más allá del Sistema Nacional Integrado de Salud el CTI del Pereira Rossell, en el que trabajamos, es el de referencia a nivel nacional. Vemos que algunos departamentos, como Tacuarembó, han avanzado mucho en la tecnología

médica pero igual ingresan gemelares, de un mes de vida, simplemente para hacerles el fondo de ojo cada quince días porque en el Hospital de Tacuarembó no se puede hacer. Creemos que es sustancial que el CTI de recién nacidos del Pereira Rossell y el Cuidado Intermedio tenga todas sus camas habilitadas. Con todas las camas habilitadas, tampoco daríamos abasto.

Hace casi un año que esas camas están bloqueadas, pero ASSE no toma ninguna iniciativa para solucionarlo. Vemos cómo se va deteriorando la infraestructura, la planta edilicia, cómo los compañeros migran hacia el sector privado por la diferencia salarial. Desde la Gerencia de ASSE, de las doctoras Alicia Ferreira y Cecilia Greif, se nos decía que eso que vemos tan sencillo no es tan así: que no se puede arreglar el espejo de la ambulancia, pero se pagan $ 25.000 o $ 28.000 a una emergencia privada para trasladar a un niño del CTI de recién nacidos al block del cuarto piso. Dicen que no es tan fácil mejorar el salario de los trabajadores para que no se vayan y el sistema público vuelva a funcionar, porque son diferentes rubros y la ley no lo permite. Las leyes las hacen nuestros Representantes, y eso ni siquiera se plantea para revertirlo. Vemos con mucha preocupación todo lo que está sucediendo en los hospitales públicos, pero no vemos de parte de ASSE esa preocupación ni ese interés por solucionar el tema.

SEÑOR PARADA.- Si bien este podría ser un problema de la órbita laboral, la salud no se puede separar de las condiciones laborales.

Por ejemplo, los contratos de ASSE a noventa o ciento ochenta días, a los que llamamos contratos chatarra, no generan ninguna seguridad a los trabajadores. Eso explicaría, además de lo salarial y de las malas condiciones laborales, la emigración hacia el sector privado. Para nosotros esto es de fácil solución: si se gastan US$ 1.300 por día en una cama de CTI en el sector privado, con muchísimo menos se solucionaría el tema de la dotación de personal.

En algunas oportunidades hemos visto en la prensa que alguna autoridad de ASSE dice que no saben qué hacer con las faltas, que no saben cómo cubrir las faltas. El hilo no se debería romper siempre por el lado más fino. Deberíamos buscar las causas del ausentismo. Pongámonos en el lugar del trabajador que gana $ 10.000 menos que el del sector privado, que va a trabajar en peores condiciones, que firma un contrato a noventa o ciento ochenta días que no le genera ninguna seguridad laboral y que, después, queda un mes sin guardias, sin ningún tipo de beneficio, es decir, sin salario vacacional, sin licencia, sin aguinaldo. Eso lleva a que no haya suplentes y a que los trabajadores titulares tengan que trabajar en peores condiciones. En un lugar donde debería haber una dotación de ocho enfermeros, trabajan dos o tres, triplicando su trabajo, con el consiguiente estrés y perjuicio a su salud. No olvidemos que un paciente en CTI, en puerta o en Intermedio, muchas veces necesita cuidados especiales que no puede cubrir un solo enfermero, por ejemplo un baño en cama. El compañero que dé ese baño solo, seguramente termine con problemas de columna por haber hecho un esfuerzo muy importante. Lo mismo sucede con la medicación que hay que preparar. En lugar de tener que controlar a dos, tienen a cuatro pacientes a su cargo, lo que genera muchísimo estrés y andar corriendo de un lado para el otro. Eso, indudablemente, terminará en una certificación porque, ¿cuánto podríamos aguantarlo? ¿Cinco, seis, siete, ocho, nueve meses? Al décimo mes seguramente nos estemos certificando por problemas de columna o porque estamos superados mentalmente.

Una cosa va encadenada con la otra. Si no regularizamos la forma de los contratos de trabajo, si no damos seguridad al trabajador y no lo tratamos de equiparar salarialmente respecto al sector privado, la Salud Pública estará cada vez peor, y el Estado seguirá pagando dos o tres veces más de lo que debería.

Creemos que esto sería de mucho más fácil solución de lo que nos han dicho las autoridades de ASSE: habría que modificar alguna disposición y, fundamentalmente, tener buena voluntad.

SEÑOR RADÍO.- No nos hacen perder tiempo. Lo digo porque se hizo algún comentario en ese sentido. Habitualmente recibimos a las representaciones de los trabajadores, y por lo menos para esta Comisión no hay gremios de primera y de segunda. Así que los recibimos con mucho gusto y atendemos sus planteos.

De hecho, el año pasado hice una denuncia pública por una situación vinculada al Pasteur y tuve en cuenta algún planteo que hacía Afasse.

Por supuesto que los que nos dejan son insumos importantes. Cuando podamos, haremos llegar estas cosas al Directorio de ASSE. El Directorio de ASSE ha entorpecido, conscientemente o no, la labor de esta Comisión; ha entorpecido la labor de este Poder del Estado. Consciente o no, no nos ha permitido avanzar en nuestra tarea legislativa y de contralor. Hace más de seis meses que los estamos citando a esta Comisión y no comparecen. Recién se decía que el Directorio de ASSE no sabe qué hacer con las faltas; no sabe qué hacer con muchas más cosas. La verdad es que nos ha entorpecido. Esta no es una opinión personal sino que es la opinión de la Comisión, que presentó una denuncia a la Presidencia de la Cámara porque el Directorio de ASSE no comparece, no viene, aunque sigue prometiendo que va a venir; suponemos que en algún momento les dará vergüenza y vendrán. Esa es la situación.

Les agradecemos. Es un insumo importante. Estas cosas pasan todos los días. Yo no creo que los trabajadores formen parte de ninguna campaña contra ASSE.

SEÑORA SANSEVERINO.- En estos últimos meses ha habido cambios en ASSE, y me gustaría saber si han tenido algún contacto o si han tenido alguna respuesta a sus planteos.

SEÑOR PÉREZ.- La relación con el Directorio de ASSE se limitó a una reunión impulsada por el ex Director blanco, Alejandro Draper. A raíz de la designación del Director de los Trabajadores, no tenemos ámbitos orgánicos con ASSE. Una de las cosas que impulsamos es una elección universal para el Directorio de ASSE, a fin de que todos los trabajadores estén representados y de que el Director no sea un delegado sindical.

Creemos que la discusión se ha hecho al revés: si bien el Convenio Nº 135 de la OIT dice que los representantes de los trabajadores y los delegados sindicales pueden participar en los Directorios, el Poder Ejecutivo optó por un delegado sindical. Al tomar esa opción, la acción del Directorio se reduce. Esto se manifestó, y figura en las actas, en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en mayo de 2010.

Tuvimos que iniciar un recurso de amparo ante la Justicia para salvaguardar el tema gremial. Allí se manifestó que ASSE solo reconocía a la Federación de Funcionarios de Salud Pública. O sea que el patrón dice quién es el gremio y quién debe representar a los trabajadores. Esto consta en las actas del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La Justicia nos dio la razón, nos amparó. Pero por más que la Justicia dijo que teníamos que negociar, ASSE se negó.

Han sucedido cosas muy ridículas. Una compañera estaba trabajando de titular como auxiliar de servicio desde hacía más de tres años en el CTI de recién nacidos. Como tenían que dar un lugar de trabajo a una presupuestada, decidieron despojar a la compañera de ese lugar. Inmediatamente, pedimos entrevista con el Director Lens, quien estaba por Vázquez, que era el titular. Esto sucedió el miércoles y el viernes se tenía que presentar la compañera presupuestada a trabajar. El Director Lens nos dijo que

hiciéramos una nota y que el lunes nos atendería con los compañeros de la Federación de Funcionarios de Salud Pública. Esos son nuestros niveles de relación.

Tuvimos que recurrir nuevamente a la prensa para hacer la denuncia correspondiente, ser oídos y amplificar nuestra voz. No tenemos ámbitos orgánicos donde discutir y generar un relacionamiento. En este caso, la Gerenta Ferreira tiene razón: somos parte de la conspiración en contra de ASSE porque no tenemos con quién hablar, no sabemos a quién referirnos. Entonces, venimos al Parlamento y vamos a la prensa. Orgánicamente, solo somos recibidos por la Gerencia de la Comisión de Apoyo que traslada nuestros planteos a ASSE

ASSE tiene un dogma: el de la presupuestación. Inclusive, en alguna oportunidad discutimos acá con el ex Diputado Vega Llanes por este tema. Él nos decía que la presupuestación solucionaría las diferencias salariales. Sin embargo, las diferencias salariales se han ido incrementando respecto a los privados. Nuestros salarios han quedado congelados. No sé si es parte de la estrategia de ASSE para que accedamos a la presupuestación.

Tenemos más de seis mil trabajadores en la Comisión de Apoyo, que desde 2010 quedó bloqueada por ley; no puede contratar más personal, a no ser los planes de verano o invierno, que son por tres meses. Por otro lado, vemos cómo se malgastan recursos por falta de gente. Tenemos infecciones a nivel de los CTI, que aumentan los factores de riesgo, porque no tenemos gente para atenderlos. Nosotros somos factor de transmisión por la forma en la que estamos trabajando. No solo es el estrés o cómo estamos atendiendo a la gente, sino que somos agentes de retransmisión de las bacterias institucionales, como actualmente ocurre en el Hospital Pasteur, en el que hay un sector con pacientes aislados. Para atender a estos pacientes necesitamos gente permanente. Si no lo reconocemos, estaremos optando por la política de la sábana corta: desnudar a unos para vestir a otros, aumentando los factores de riesgo.

A su vez, ASSE malgasta recursos públicos. No sé si es deliberadamente, pero estamos subvencionando al sector privado porque con las camas bloqueadas, los bebitos que no ingresan al Pereira Rossell, van a La Española, al Hospital Italiano o a algún otro lado. Los que no ingresan al CTI, van al sector privado. Ya Bagnulo, hace dos años, decía que estábamos gastando más de US$ 3:000.000 en internaciones de CTI y traslados. Hoy en día esa cifra es mayor porque tenemos menos camas de CTI. Tenemos camas bloquedas en Florida por falta de personal. En Florida se da la ridiculez de que tenemos la mitad del CTI presupuestado, y la otra mitad son compañeros de la Comisión de Apoyo. Si falta un presupuestado, el compañero de la Comisión de Apoyo no puede sustituirlo, y viceversa.

Entonces, ASSE con su normativa también genera ausentismo y aumenta los factores de riesgo en la atención a la gente. Burocráticamente se dan directivas que perjudican la función y las condiciones de trabajo. Esta es la realidad.

Estamos malgastando recursos. Tenemos una ambulancia especializada en el Pereira Rossell, que funciona la mitad de los días. Cuando no sale, los traslados son cubiertos por las privadas. ¿Las causas? Falta algún enfermero, falta un médico, está rota. Esto es fácilmente constatable.

El servicio 105 lo atendía la Comisión de Apoyo. Teníamos doce ambulancias para atender emergencias y urgencias en todo Montevideo. De esas doce, hoy solo sale la mitad, y cualquiera de ustedes lo puede corroborar llamando al 105; son todos presupuestados.

En áreas en las que necesitamos gente y agilidad para contratar y convocar no se puede tener la pesadez que tiene la función estatal. O se mejora una cosa o no se está cumpliendo con lo otro y, simplemente, estamos trasladando renta pública al sector privado. Nosotros estimamos que ronda el 15% del presupuesto de ASSE, de manera que estamos hablando de unos cuantos millones de dólares que se trasladan en pagos. Cuentas serias no tenemos porque no hemos podido acceder a ellas, pero a ojos de buen cubero las cuentas están. Decimos que el Pereira Rossell tiene seis camas bloqueadas. Si esto lo multiplicamos por US$ 1.000 día- cama y nos da más de US$ 200.000 al mes. Podemos sumar a eso las seis camas de Canelones y las otras seis de Tacuarembó y la de Florida y a simple vista se trataría de más de US$ 1:000.000 por bloqueo de cama, lo que significa que el invierno, no solamente va a ser crudo en la atención y las denuncias, sino realmente en la escasez de cama que tiene el sector público y que el sector privado cuando se ve saturado no convoca. Además, tenemos gastos propagandísticos como los del año pasado.

En cuanto a los contenedores colocados en los hospitales, ¿cuántas veces se atendió en el contenedor que está en el Hospital Pasteur? Tres veces el año pasado. Pero, eso sí, se prendía todos los días la luz. Puedo asegurar que el contenedor contiene insumos mejores que los que están en la emergencia. Los pacientes están en sillones, tienen oxígeno centralizado, aire acondicionado, etcétera. No tienen banqueta como en la emergencia, pero no hay gente para atender. El recurso fundamental es la gente, y no está. ¿Por qué? Porque los salarios no convocan y las condiciones laborales son peores.

SEÑOR CHIESA.- En la línea del señor Diputado Radío, quiero decir que ustedes no nos hacen perder el tiempo sino que, por el contrario, es parte de nuestro trabajo escuchar los planteos de la sociedad y, en este caso concreto, lo que refiere a la salud, que nos preocupa mucho, principalmente porque somos Diputados del interior, del norte del río Negro, donde muchas veces sentimos la inequidad que existe de los recursos, no solamente de los económicos sino también de los humanos, los que son tan difícil de conseguir en nuestras regiones.

Nuevamente quiero dejar planteada una preocupación. Hace mucho tiempo que Tacuarembó plantea la creación de un instituto de medicina altamente especializado en el área cardiológica. Hemos escuchado en numerosas oportunidades la voluntad política de concretarlo y no entendemos por qué no se ha hecho. En los últimos tiempos también hemos tenido desenlaces trágicos en algunas de las instituciones asistenciales de nuestro departamento. Ustedes conocen especialmente la repercusión pública de lo sucedido en Paso de los Toros. Muchas veces este tipo de cosas sucede, por ejemplo, porque un CTI que tiene todo para funcionar desde el punto de vista tecnológico y edilicio, no cuenta con el personal para ello. También existen dificultades a las que se enfrenta el personal en los servicios asistenciales para trasladar un paciente del interior al sur y conseguir una cama de CTI que, como sabemos, muchas veces, está saturado Evidentemente, estamos convencidos, al igual que ustedes, de que este no es un tema de dinero. El dinero está. Realmente, acá lo que falta es gerenciarlo y dirigirlo hacia donde se debe, a fin de solucionar los problemas.

Creo que es importante para la Comisión que esta versión taquigráfica se envíe a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de ASSE.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agradecemos mucho la presencia y estamos en contacto.

(Se retira de Sala la delegación de funcionarios de ASSE)

(Ingresa a Sala una delegación de la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay, Adasu)

——La Comisión tiene el gusto de recibir a las señoras Mariela Pereyra, Cristina Luzzo, Clara Píriz, Olga Flores, Rosario Flores y al señor Rodolfo Martínez, Presidente de la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay, a quienes cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR MARTÍNEZ.- Solicitamos la entrevista con la Comisión, básicamente para presentarles un anteproyecto de ley, que consta de una fundamentación de motivos y de un articulado corto de cinco artículos, y que tiene como objeto la reglamentación del ejercicio legal de la profesión de Asistente Social, Licenciado en Trabajo Social o en Servicio Social, que son los tres títulos vigentes que tiene nuestra profesión desde hace unos cuantos años y determinar, efectivamente, quiénes son los trabajadores sociales, asistentes sociales o licenciados en servicio social, dependiendo de la institución universitaria de la cual hayamos egresado.

En el artículo 3º se definen las competencias. Se plantean como ámbitos de competencia la investigación y el abordaje en distintas áreas, que podríamos denominar sociales -en términos amplios- y, luego, se incorporan las funciones de investigación, docencia y extensión, más vinculadas a la tarea universitaria, que también es otro campo de inserción del trabajo social. Por otro lado, el ámbito del trabajo está vinculado con la relación liberal de la población, así como también con instituciones públicas o privadas, en relación de dependencia.

El artículo 5º plantea que, una vez entrada en vigencia la ley, las instituciones que llamen a profesionales, para cumplir tareas como las que acá se describen, deberán solicitar trabajadores sociales.

Hemos encarado este anteproyecto en el marco de una campaña -ustedes van a encontrar allí unos pegotines- que hemos denominado "Un derecho que garantiza ciudadanía", en el entendido de que pensamos que nuestra profesión -como otras- tiene derecho a estar reglamentada por el Estado en su ejercicio, lo que beneficia al país en su conjunto.

Por otro lado, entendemos que, en la medida en que ese derecho se ejerza, colaboraría con la garantía de la ciudadanía, expresada en términos de los derechos de los ciudadanos.

Nuestro diagnóstico actual de situación es el siguiente.

Por un lado, tenemos algunas particularidades en relación con las profesiones y las reglamentaciones en el Uruguay. Una de ellas es que la mayoría de las profesiones no están reglamentadas, lo cual nos genera una situación de inequidad en el contexto del Mercosur. Desde hace diecisiete años integramos un Comité de Trabajadores Sociales del Mercosur, que hoy incorpora a otros países de la región como Puerto Rico y Costa Rica, y está en vías de transformarse en un espacio más latinoamericano y caribeño. De hecho, sobre finales de mayo tenemos la vigésima primera reunión, que se hará en Montevideo. Esta es una situación clara y, seguramente, no es nueva para ustedes y tiene impacto, cuando se piensa en circular libremente en condiciones iguales, por lo menos, en los países de la región.

Otra situación, que seguramente responde, entre otros elementos, a los nuevos desafíos que tiene el país, en relación a cómo enfrenta las situaciones sociales de extrema pobreza, de indigencia, e inclusive algunas otras que no están vinculadas a eso, pero que se relacionan, por ejemplo, con el trabajo, el desarrollo del empleo y con otras

cuestiones relacionadas con el género, la violencia, etcétera, tiene que ver con que nuestra profesión desde hace unos años se encuentra en una situación de cuasi pleno empleo. Esto quiere decir que la mayoría de los trabajadores sociales del Uruguay tienen uno o más empleos, y hay una demanda aún insatisfecha por trabajadores sociales, que se está cubriendo con estudiantes.

Nuestro plan de estudios actual de la Facultad de Ciencias Sociales, que es la que nuclea el mayor número de estudiantes, consta de cuatro años. Hasta hace un tiempo se tomaban estudiantes de 4º año; luego se tomaron de 3º y 4º, y ahora de 2º, 3º y 4º. Realmente, esto es una suerte de despropósito en algún sentido, porque nos parece que no garantiza ningún ejercicio ciudadano el hecho de que la prestación de la política sea llevada adelante por personas que no tienen formación especializada. El Estado uruguayo invierte mucho dinero en la formación de asistentes sociales o licenciados en trabajo social como para que luego se convenza a sí mismo diciendo que tiene alguien que estudia. Esa es una situación que nos preocupa.

Esta campaña y este proyecto de ley no van en contra de los estudiantes sino de promover su egreso, para que se transformen en profesionales.

Lo que nosotros proponemos es que si el mercado de trabajo demanda una cantidad de trabajadores sociales, que no puede ser satisfecha estrictamente por los profesionales y existe la necesidad de contratar estudiantes, que al menos tengan supervisión profesional. Esta propuesta fue hecha en una entrevista, que tuvimos hace poco tiempo en el marco de esta misma campaña, al Ministro Olesker, y fue bien recibida.

SEÑORA PÍRIZ.- Importa agregar que el propio Centro de Estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de la República está trabajando con nosotros en esta campaña, que es la expresión actual de lo que venimos haciendo durante varias administraciones y comisiones directivas diferentes, y esta es la maduración que el proyecto tiene a esta altura en la cual, además, participan el Departamento de Trabajo Social de la Universidad de la República y también ha participado la UCU.

SEÑOR MARTÍNEZ.- Para nosotros es muy importante ese elemento, porque nos dice que, efectivamente, no estamos enfrentados a los estudiantes sino que estamos haciendo algo que beneficia a la profesión en su conjunto y al país

Pero luego nos encontramos con otras situaciones que también son preocupantes para nosotros, y que están más vinculadas con lo que llamamos situaciones de precarización del trabajo, que son tanto contractuales como salariales y de la propia condición en la cual el trabajo se lleva adelante. En este sentido, esta suerte de escenario que intenté exponer rápidamente, nos lleva a solicitar que nuestro proyecto de ley tome estado parlamentario y pueda ser tratado.

Tal como decía la señora Píriz, a lo largo de sus treinta y pico de años, la Asociación ha presentado más de un proyecto, los cuales, lamentablemente, no han tenido ningún andamiento parlamentario.

Desde hace años que los trabajadores sociales estamos convocados. Veo algunos legisladores en Sala que han trabajado codo a codo con muchos trabajadores sociales y seguramente pueden dar cuenta de que es un trabajo productivo y de que, efectivamente, está en la línea con lo que planteamos, es decir que garantiza la ciudadanía de todos los habitantes de nuestro país.

Sobre el final de la carpeta que les hemos dejado también van a encontrar el Código de Ética de nuestra profesión, que fue aprobado en el año 2000, el que, de alguna manera, nos permite decir que esta propuesta de proyecto de ley se enmarca en lo que

entendemos que es el principio elemental básico de nuestra profesión: el respeto y el trabajo para garantizar los derechos humanos.

SEÑORA FLORES.- Me gustaría agregar que, actualmente nos encontramos con una vastedad de profesiones al hacer llamados para ocupar cargos en el área social, por no contar nosotros con una reglamentación. ¿Qué es lo que está sucediendo? Que para cumplir con el ejercicio propio de nuestra profesión, no solamente se convoca a licenciados en trabajo social sino que se establece: "o educadores sociales u operadores o sociólogos o psicólogos, etcétera". ¿Qué hace eso? Atentar contra la especificidad de la formación universitaria que nosotros recibimos.

Entonces, esta reglamentación -que tenemos como objetivo último su tratamiento parlamentario- va a poner un límite a ese tipo de situaciones que estamos viviendo.

SEÑOR RADÍO.- Compartimos su inquietud. Estamos de acuerdo con lo que se plantea.

Luego de una primera lectura del documento, se me ocurren algunos matices. Por ejemplo, aquí la ley estaría limitando que el título sea expedido por dos Universidades, pero si mañana al Instituto Universitario Claeh se le ocurriera crear la profesión, habría que dejar la puerta abierta a fin de que el Ministerio de Educación y Cultura lo habilitara.

(Diálogos)

——Me parece que hay una predisposición favorable; seguramente, esto sea compartido por el resto de los integrantes de la Comisión.

Muchas gracias.

SEÑORA LUZZO.- ¿Por qué consideramos esto y lo definimos de esta manera? Porque allí se formaban los trabajadores sociales. Esto se definió en un mano a mano, trabajando el gremio con el área académica. Por eso se configura esta reglamentación.

SEÑORA SANSEVERINO.- Para mí es un enorme placer recibir a la delegación, entre otras cosas, porque hemos trabajado muchísimo con estos profesionales, sobre todo en el MIDES y, puedo decir que, realmente, la profesionalidad con que se trabajó -fundamentalmente en el Plan de Emergencia y luego en el Plan de Equidad- habla por sí sola.

Acá no tengo el texto, pero hemos venido reconociendo el ejercicio profesional de varias carreras. Estuvimos trabajando sobre licenciados o auxiliares de enfermería, por ejemplo. Ahí, hay algo que yo, por o menos, voy a retomar, que tiene que ver con la validación de los títulos a nivel del Mercosur.

Con respecto a lo que decía la señora Flores, creo que hay que discernir claramente el objetivo de las políticas sociales. Ese es un terreno en el que se viene trabajando hace relativamente poco tiempo y a veces no hay una especificación clara del rol de unos y otros, es decir psicólogos, asistentes sociales, etcétera. Eso está más relacionado con las exigencias de las instituciones públicas en los llamados, trabajando con un poco más de precisión en cuanto a qué se está esperando de ese profesional.

En cuanto a la validación del título y alguna otra mejora en la actividad docente...

SEÑORA LUZZO.- Acá hay un representante de esa parte, que es Rodolfo, pero quiero aclarar que eso está acordado con los docentes de trabajo social de la Facultad directamente.

SEÑOR MARTÍNEZ.- Quería decir que este proyecto fue realizado en conjunto entre el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y la Asociación de

Asistentes Sociales del Uruguay. Yo soy docente, además, y en ese momento estuve participando en la redacción de este proyecto por ese Departamento. Entonces, si bien ahora soy el Presidente de esta Asociación, puedo afirmar que este proyecto cuenta con el respaldo de las unidades académicas y del centro de estudiantes. Esto es algo que nos importa mucho destacar: esto es algo que cuenta con el respaldo de todo el colectivo de trabajadores sociales del Uruguay.

SEÑOR CHIESA.- Agradecemos la información brindada. Quiero decir que para mí es un gusto reencontrarme con algunas de las asistentes con que hemos trabajado en temas vinculados a la salud y a la vivienda, especialmente con una coterránea del departamento de Tacuarembó.

Como han dicho los compañeros, hemos trabajado en numerosos proyecto a efectos de reconocer el ejercicio profesional en diversas áreas y, con mucho gusto, lo vamos a hacer en la de ustedes.

SEÑOR PÍRIZ.- Nos parecía importante comunicarles que nos vamos a reunir con la Comisión de Legislación del Trabajo y queremos pedirles que se pongan en contacto con sus integrantes, porque sé que a veces trabajan en conjunto y por ahí adquiere más fuerza la iniciativa.

A su vez, queremos saber cómo sigue esto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Después los miembros de la Comisión vamos a conversar sobre esto. Es probable que la Comisión tome la iniciativa parlamentaria de presentar el proyecto, quizá no textualmente. Nosotros podríamos introducirle algunas modificaciones, pero eso lo haremos luego de un intercambio con ustedes y a tales efectos los volveremos a convocar.

En definitiva, creemos que el objetivo que plantean es entendible; nos ha pasado con varias profesiones y hoy algunas de esas inquietudes se han plasmado en leyes. Y nosotros vamos a colaborar para que ustedes tengan éxito en esta iniciativa.

SEÑOR MARTÍNEZ.- Agradecemos la receptividad ante el planteo.

Queremos decirles que las observaciones que han realizado en Sala también son compartidas por nosotros.

Nosotros pensamos que la formación del trabajo social no es privativa de nadie. Nuestra Asociación, por lo menos, reconoce desde su fundación a profesionales que vienen de las más distintas formaciones; privadas en una época, luego de la Universidad Católica; también hay gente que vino desde el exterior. En ese sentido nos parece que eso es, de alguna manera, hasta el sustento de nuestra profesión.

Por otra parte, estamos absolutamente abiertos a dialogar. Ese es el espíritu con que pedimos la entrevista. Así que solo nos resta agradecerles la atención recibida y ponernos a disposición.

SEÑORA FLORES.- Quería aportar que nuestro gremio reúne a todos los profesionales, tanto del ámbito público como privado. Es decir que los egresados de la Universidad Católica pertenecen al mismo gremio. Es decir que este es un solo gremio; no hay un gremio de una universidad y otro, de otra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Solo quiero decir que el intercambio se hace a los efectos de que el texto del proyecto sea el mejor posible.

Agradecemos su presencia.

(Se retira de Sala la delegación de Adasu)

——Se va a votar el envío de la versión taquigráfica del tema de ASSE y de lo planteado por la Fundación Regional Este al Ministerio de Salud Pública.

(Se vota)

——Cinco por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

≠